22

[illegible]
[illegible]
11-13, rue Faidherbe
[illegible]

FACULTÉ DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LILLE

4e Série N° 136

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Vendredi 24 Avril 1896, à cinq heures

Par Ernest-Jules MÉPLAUX

NÉ LE 12 OCTOBRE 1865, A LENS (Pas-de-Calais)

ÉTUDE DE PATHOLOGIE GÉNÉRALE

DES RAPPORTS DU SARCOME AVEC L'INFLAMMATION

NATURE INFLAMMATOIRE DU SARCOME

Le Candidat répondra, en outre, aux questions qui lui seront adressées sur les différentes parties de l'enseignement médical.

Président de la Thèse : MM. Folet.

Suffragants : MM. Curtis. Phocas. Surmont.

Suppléant : M. Carlier.

LILLE

IMPRIMERIE & LIBRAIRIE CAMILLE ROBBE

Rue Léon-Gambetta 209

1896

UNIVERSITÉ DE FRANCE — ACADÉMIE DE LILLE

FACULTÉ

DE MÉDECINE & DE PHARMACIE DE LILLE

Doyen de la Faculté : M. F. de Lapersonne (I. ✿).

Clinique médicale :	MM. Lemoine (A. ✿),	professeur
	Combemale (A. ✿, Ⓜ),	id.
Clinique chirurgicale :	Folet (✻, I. ✿),	id.
	Dubar (✻, I. ✿),	id.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques :	Leloir (✻, A. ✿, O. ✠, Ⓜ),	id.
Clinique obstétricale :	Gaulard (I. ✿),	id.
Clinique ophtalmologique :	De Lapersonne (I. ✿),	id.
Pathologie interne et expérimentale :	Leroy (A. ✿),	id.
Pathologie chirurgicale :	Baudry (✠, A. ✿),	id.
Anatomie pathologique et pathologie générale :	Curtis (A. ✿),	id.
Thérapeutique :	Charmeil,	chargé du cours.
Hygiène :	Surmont (A. ✿),	id.
Médecine légale :	Castiaux (I. ✿),	professeur.
Physiologie :	Wertheimer (I. ✿),	id.
Anatomie :	Debierre (A. ✿),	id.
Histologie :	Laguesse,	id.
Chimie médicale et toxicologie :	Lescœur (I. ✿),	id.
	Lambling (I. ✿),	id.
Physique médicale :	Doumer (A. ✿),	id.
Histoire naturelle médicale :	Moniez (I. ✿),	id.
Pharmacie et pharmacologie :	Lotar (I. ✿),	id.
Matière médicale :	Morelle (I. ✿),	id.
Parasitologie :	Th. Barrois (C. ✠, A. ✿),	id.

COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des enfants :	MM. Ausset,	chargé du cours.
Clinique chirurgicale des enfants :	Phocas (A. ✿),	id.
Médecine opératoire et maladies des voies urinaires :	Carlier,	id.
Accouchements :	Oui,	id.

Doyens honoraires : MM. Wannebroucq (✻, I. ✿) et Folet (✻, I. ✿).

Professeur honoraire : M. Wannebroucq (✻, I. ✿)

Agrégés en exercice : MM. Phocas (A. ✿), Surmont (A. ✿), Carlier, Bédart (✠, A ✿), Bayrac, Deroide, Charmeil, Ausset et Oui.

Agrégé libre : Thibaut (✿, A. ✿).

La Faculté a décidé que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend y attacher aucune approbation ni improbation. (Décision de la Faculté en date du 28 Février 1878).

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. le Docteur FOLET

Professeur de Clinique chirurgicale à la Faculté de Médecine de Lille
Chevalier de la Légion d'Honneur

A M. le Docteur DE LAPERSONNE

Professeur-doyen de Clinique opthalmologique

A M. le Docteur LEQUETTE

Chirurgien de l'Hôpital de Lens
Médecin de la Compagnie de Lens

A M. REUMAUX

Ingénieur en chef des Mines de Lens

Hommage respectueux et reconnaissant

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

M. le Docteur MÉPLAUX, de Lens

A MA MÈRE

A LA MÉMOIRE DE MON FRÈRE

MEIS ET AMICIS

INTRODUCTION

Le but de cette thèse est de montrer les rapports étroits qui peuvent exister entre le *Sarcome* et l'*Inflammation* en général. C'est une introduction à l'étude de ces rapports, une esquisse, si l'on aime mieux. On y verra comment, petit à petit, on peut assimiler la production sarcomateuse à la production inflammatoire. Il est vrai qu'il manque encore beaucoup de clarté dans certains points obscurs de ce sujet ; mais nous avons essayé d'exposer le plus schématiquement et le plus nettement les tendances modernes.

Avant de terminer nos études médicales, nous adressons tous nos remerciements à ceux qui ont été nos maîtres à la Faculté et aux hôpitaux, à M. le professeur-doyen De Lapersonne, qui nous a initié à l'ophtalmolgie, tant par ses leçons cliniques que par les nombreux examens de malades qu'il nous a

fait faire dans son beau service de l'hôpital Saint-Sauveur.

M. le docteur Folet a bien voulu accepter la présidence de notre thèse inaugurale : c'est pour nous une consécration précieuse dont nous ne saurions trop remercier ce bon maître.

PREMIÈRE PARTIE

DÉFINITION CLASSIQUE DU « SARCOME »

Le mot *sarcome* paraît fort ancien; mais il est incontestable que ce n'est qu'avec les travaux micrographiques modernes qu'il a pris un sens précis. Aussi n'irons-nous pas, à l'exemple de certains auteurs, rechercher ses origines jusque dans les livres hippocratiques.

En bonne logique, l'histoire du sarcome ne doit commencer qu'à Lebert et à Robin.

En 1848, Lebert sépara des « cancers » des tumeurs essentiellement formées par des cellules fusiformes; il rapporta l'origine de ces tumeurs au tissu « lamineux » et les nomma *fibro-plastiques*. Il crut pouvoir affirmer que ces tumeurs n'étaient pas malignes, parce qu'il n'y trouvait pas la cellule cancéreuse.

Ch. Robin sépara des tumeurs fibro-plastiques de Lebert certaines tumeurs qui s'en rapprochaient beaucoup par les apparences, mais qui en différaient, parce qu'au lieu d'être constituées par des

éléments *fusiformes*, elles étaient formées par des cellules *rondes*, *embryonnaires* : il les appela tumeurs *embryo-plastiques*.

James Pajet appela les tumeurs fibro-plastiques de Lebert *recurring fibroïd* ; il en rapprocha certaines tumeurs ayant une structure analogue à la moelle des os « *myeloïd tumors*. »

Ch. Robin, au contraire, sépara ces dernières sous le nom de tumeurs à *médullocèles* et à *myéloplaxes*.

Cornil et Ranvier, puis Lancereaux, réunissant ces formes *fibro-plastiques*, *embryo-plastiques*, *tumeurs myéloïdes*, à *myéloplaxes*, les ont confondues sous le nom général de sarcomes, qu'ils ont définis : *Tumeurs constituées par du tissu embryonnaire pur ou subissant une des premières modifications qu'il présente pour devenir du tissu adulte.*

Mais cette définition était à peine acquise, qu'elle subissait déjà maintes attaques provenant de France ou de l'étranger ; attaques portant soit sur la définition du *sarcome*, soit sur *l'origine première* du sarcome.

Ce groupement de Cornil et Ranvier, après Robin, d'ailleurs, n'était pas et ne pouvait pas être *homogène*.

Wirchow se demandait déjà, dans son *Traité des Tumeurs*, si l'expression même de *sarcome* devait être conservée. Il avait distrait de ce groupe confus : les *gliomes*, que l'on étudie avec les né

vromes et les *psammomes*, que l'on classe dans les *endothéliomes*. Depuis, certaines tumeurs particulièrement fréquentes au niveau des maxillaires et qui avaient été considérées comme des *sarcomes* en ont été séparées. On a reconnu qu'elles étaient engendrées par un parasite spécial : l'*actinomycète*.

On a encore confondu avec le *sarcome* des productions *tuberculeuses* ou *syphilitiques*. Par conséquent, cette classe de sarcomes ne possède aucune unité, comme nous le verrons encore plus loin. Tout y est incertain et obscur tant que l'on veut en faire un groupe de tumeurs, et nous rappelons ici la signification donnée dans ces derniers temps au mot *tumeur* :

Pour Cornil et Ranvier « *Toute masse constituée par un tissu de nouvelle formation ayant de la tendance à persister ou à s'accroître.* »

Heurtaux ajoute : « *Indépendante de tout processus inflammatoire.* »

Quénu définit : « *Une tumeur est une néoformation distincte de tout processus inflammatoire.* »

Ces définitions excluent bien du cadre des *tumeurs* toute production *inflammatoire*; point n'est besoin d'y insister.

Le ou les *sarcomes* rentrent-ils donc dans le groupe tumeurs (définition moderne) ou dans le groupe inflammation ; c'est ce que nous allons, dans le courant de ce travail, essayer de discuter.

Le sarcome tumeur conjonctive ou tumeur vasculaire.

Ce que nous avons vu précédemment nous montre que la plupart des histologistes font des sarcomes des *tumeurs conjonctives embryonnaires.*

a) *Tumeur conjonctive.* — Les sarcomes ainsi compris ont deux paradigmes dans l'organisme : l'un physiologique, l'autre pathologique. Le premier, c'est le tissu conjonctif en voie de développement ; le second, le paradigme pathologique, c'est le tissu inflammatoire, le bourgeon charnu.

b) *Tumeur vasculaire.* — Pilliet a émis une opinion différente. Pour lui, les sarcomes ne sont pas des tumeurs *conjonctives*, ce sont des tumeurs *vasculaires.* Ce mot signifie pour lui, non pas qu'elles contiennent des vaisseaux en quantité exagérée, mais qu'elles sont tout entières constituées par un tissu formateur de vaisseaux. Leur paradigme serait non pas le tissu conjonctif embryonnaire, mais le tissu angioplastique.

Pilliet pousse cette manière de voir jusqu'à ses extrêmes limites. Tandis que la théorie conjonctive groupe dans un même cadre *fibrome* (tissu conjonctif *adulte*) et *sarcome* (tissu conjonctif *embryonnaire*), Pilliet en fait deux tumeurs complètement différentes.

Le sarcome étant formé de tissu angioplastique, quand ces éléments arrivent à l'état adulte, ils

forment, non pas du *tissu fibreux*, mais des *vaisseaux*. Le sarcome *télangiectasique* serait ainsi un état plus avancé du sarcome, dont les formes tout à fait adultes seraient représentées par l'*angiome* et même par l'anévrisme csoïde.

Cette conception de Pilliet a été fort battue en brèche, par ce fait que *tissu vasculaire ou tissu conjonctif* sont si intimement liés l'un à l'autre, qu'on ne peut les séparer artificiellement. Par conséquent, la théorie de Pilliet ne serait, à tout prendre, qu'un degré de la *théorie conjonctive*. Et cette abondance de vaisseaux caractéristiques des sarcomes concorde bien avec ce fait que le tissu muqueux primordial embryonnaire fournit à la fois la fibre conjonctive adulte et le vaisseau. La prédominance de l'un ou de l'autre pourrait donner lieu aux *formes multiples* que paraissent être *les sarcomes*.

Nous considérons donc l'origine conjonctive du sarcome comme fait accompli. Le sarcome dérive du tissu conjonctif, comme en dérivent d'ailleurs les formations *inflammatoires*.

Tendances modernes à séparer les sarcomes du groupe *tumeurs* et à les faire passer dans le cadre *inflammations*.

Rien ne ressemble plus à une coupe de *sarcome* qu'une coupe de bourgeon charnu. Rien ne permet de les distinguer sous le champ du microscope.

Rappelons ici : *A)* Les *caractères* généraux de l'inflammation *aiguë*.

1° Lésions vasculaires	Congestion Exsudat =Néoformations *vasculaires* Diapédèse
2° Lésions cellulaires	Prolifération rapide et tumultueuse des cellules de tous les tissus. *Passage rapide de ces tissus à la forme embryonnaire.*

3° Phénomènes généraux et locaux (rougeurs, douleurs, chaleurs, tuméfaction).

B) Caractères généraux des inflammations chroniques (subaiguës froides, etc.) Passage de l'état aigu à la forme chronique.

a) Retour des tissus embryonnaires à la forme adulte (organisation).

b) Dégénérescence de ces tissus (mort de ces tissus) et prolifération des tissus voisins (réparation).

En résumé :

Tendances générales des tissus enflammés, après leur retour à l'état embryonnaire, à revenir à la forme adulte.

Il est admis que l'inflammation reconnaît pour point de départ la présence d'un ou de plusieurs agents infectieux.

Les productions inflammatoires ne se généralisent

pas, dans le sens *cancéreux* du mot; mais, cependant, elles peuvent gagner du terrain et devenir envahissantes, localement ou à distance :

1° Par simple voisinage (lésions spécifiques tuberculeuses);

2° Par voie sanguine (embolies septiques reproduisant le foyer primitif);

3° Par voie lymphatique (lymphangite, abcès lymphangitiques).

Mais parmi ces inflammations à modalités si diverses, quoique se rapportant toutes à un type primitif, il y a des classifications à faire; c'est ainsi que l'on trouve :

Des inflammations à tendances localisées, à agent infectieux connu;

Des inflammations à tendances de généralisation, avec ou sans agent infectieux connu (syphilis).

Dans une lésion inflammatoire, et au microscope, on pourra donc constater, d'une manière générale :

Des éléments cellulaires adultes en voie de retour à l'état embryonnaire (bourgeonnement, prolifération des cellules du tissu conjonctif). Réunion de cellules de forme et dimensions variées. Diapédèse.

Néoformations vasculaires taillées en plein tissu, à l'emporte-pièce, véritable système lacunaire;

Des éléments infectieux spécifiques (microbes variés, pathogènes ou non);

Une paroi d'enveloppe ou non (capsule);

Sur une coupe de tissu sarcomateux, nous trouvons :

Des éléments cellulaires, de forme variée, à l'état embryonnaire ou tendant à y revenir ;

Des éléments embryonnaires fournis par la diapédèse ;

Des néoformations vasculaires du type inflammatoire ;

Peut-être des éléments infectieux (Communication de M. Moty à la Société de chirurgie, 21 mars 1894) :

Une membrane d'enveloppe.

L'on voit immédiatement quelle analogie existe, comme nous l'avons déjà dit, entre une coupe de tissu enflammé et une coupe de tissu sarcomateux.

De là à conclure à la nature inflammatoire et infectieuse, c'est-à-dire causée par un principe infectieux, des sarcomes, il n'y a qu'un pas, et nous voudrions essayer, dans le courant de ce travail, d'y arriver.

Notre première proposition serait donc celle-ci :

Les sarcomes sont des productions à évolution un peu spéciale, de nature très probablement inflammatoire et infectieuse.

Nous allons essayer de l'étayer.

I. — *Les éléments sarcomateux présentent-ils des caractères spéciaux ?*

Trois sortes d'éléments entrent dans la structure

d'un *sarcome* : Des éléments cellulaires, de la substance intercellulaire, des vaisseaux.

Etudions successivement chacun de ces éléments.

A) Cellules. — Les cellules sont de trois types principaux : 1° Cellules fusiformes ; 2° cellules rondes ; 3° cellules à myéloplaxes.

1° Les cellules *fusiformes ou fibro-plastiques* sont de dimension extrêmement variable. Elles peuvent mesurer depuis 15 jusqu'à 100 μ. Aussi, Rindfleich les divise-t-il, comme les cellules *rondes*, en deux catégories, les petites et grosses cellules. Le corps cellulaire, allongé en fuseau pointu, à ses extrémités contient un noyau ovalaire. C'est la forme de ce noyau qui sert à différencier les cellules fibro-plastiques des cellules musculaires lisses. En effet, il est toujours ovalaire, et jamais il ne présente, comme dans les fibres musculaires lisses, la forme allongée en bâtonnet. Ces cellules ne sont point toujours fusiformes ; elles peuvent devenir très irrégulières et présenter des prolongements multiples. Il y a là comme des formes de transition entre les cellules franchement fusiformes et la cellule étoilée du tissu muqueux.

2° Les cellules *rondes* offrent deux variétés, suivant qu'elles sont petites ou grandes. Les petites cellules mesurent de 5 à 12 μ. Elles sont régulièrement arrondies, ou ovalaires, ou en raquette légère (intermédiaire entre la ronde et la fusiforme). Leurs

noyaux, très nucléolés, sont très apparents et très volumineux. Ils atteignent jusqu'à 9 et 10 μ. Ils emplissent presque complètement la cellule, qui n'a qu'une mince lame de protoplasma.

Les grosses cellules mesurent des dimensions doubles des précédentes. Elles ont souvent plusieurs noyaux. Ces cellules atteignent leur plus grande dimension dans certains cas de tumeurs de l'utérus, qui se développent surtout à la suite d'*avortements* ou d'*infections utérines* (origine inflammatoire). Elles contiennent plusieurs noyaux, sont munies de prolongements, ainsi que Pfeiffer, Nové-Josserand et Lacroix l'ont montré (transition avec la cellule à myéloplaxe).

3° *Myéloplaxes.* — Ces cellules ont été d'abord signalées par Müller, qui les désigna sous le nom de *cellules mères*. Robin les a appelées *myéloplaxes*, et Wirchow *cellules géantes*. Elles acquièrent des dimensions énormes, au point d'être quelquefois visibles à l'œil nu. Leur protoplasma est très granuleux; les noyaux sont très nombreux, très colorés, très nucléolés, quelquefois pigmentés. La périphérie de ces éléments est très sinueuse, elle présente une série de prolongements en forme de points ou de massues.

Wegner est le premier qui ait signalé les relations des *myéloplaxes* avec le système vasculaire. Il émet cette idée que peut-être les points protoplasmiques qu'ils présentent se mettent en communication avec

les vaisseaux voisins, de telle sorte que la cellule devient un vaisseau et ses noyaux des globules. C'est pour marquer ce rôle formateur de vaisseaux, que Brodowski a proposé de les appeler *angioblastes*. Malassez et Monod ont étudié d'une manière toute spéciale les myéloplaxes, et ils ont vu leurs pointes se mettre en rapport avec la lumière des vaisseaux. Par l'exactitude de leurs observations, ils ont apporté un appui puissant à la doctrine qui considère les myéloplaxes comme des agents vaso-formateurs.

B) Substance intercellulaire. — Elle est, en général, peu abondante ou manque complètement. Cependant, il y a des points où les cellules rondes sont groupées en amas et entourées par des *fibrilles conjonctives* ou des *bandes de cellules fusiformes* qui donnent au tout un aspect alvéolaire (Sarcome alvéolaire).

C) Vaisseaux. — Les sarcomes sont toujours parcourus par un grand nombre de vaisseaux sanguins qui présentent des caractères très particuliers. Dans la masse sarcomateuse elle-même, il n'y a jamais ni artères ni veines, mais uniquement des capillaires à parois embryonnaires. Ils sont bordés de petites cellules à gros noyaux, absolument semblables à celles qui constituent les sarcomes globo-cellulaires, si bien que sous les coupes, ils se présentent sous forme de fentes ou de fissures sans parois propres ; on pourrait presque dire que dans ces tumeurs la

circulation est lacunaire. Les vaisseaux lymphatiques ont été peu étudiés, cependant Pacinotti (*La spérimentale*, 1886) dit les avoir rencontrés et injectés dans les sarcomes.

II. — *Ces éléments se rencontrent dans les productions inflammatoires.*

A) Cellules. — *a*) *Cellules fusiformes.* — La cellule fusiforme, type plus avancé en âge que la cellule arrondie, se rencontre peu dans les inflammations aiguës, ou bien dans ce cas, surtout à la périphérie, où elles sont mêlées aux bandes de tissu conjonctif sain, indiquant par là que sous l'influence de l'inflammation, ce tissu tend à repasser à un stade plus jeune, embryonnaire. On les rencontre plus particulièrement dans les formes inflammatoires chroniques, formant des bandes, mélangées à des bandes de fibrilles conjonctives.

b) *Cellules rondes.* — Ces cellules sont absolument identiques, quant à la forme, les dimensions, les affinités pour les matières colorantes, aux cellules *lymphoïdes embryonnaires*, si caractéristiques de l'inflammation aiguë et chronique.

c) *Myéloplaxes.* — Les myéloplaxes existent dans les productions inflammatoires sous deux formes différentes : sous forme de cellules angioplastiques de Rouget ou vaso-formatrices de Ranvier, et sous

forme de cellules géantes. Ou mieux, à la cellule vaso-formatrice et à la cellule géante correspondent des formes identiques rencontrées dans le tissu sarcomateux.

1° La cellule vaso-formatrice de Cornil et Ranvier, absolument identique à la cellule décrite par Niguer, dans le sarcome, se réunissant à d'autres semblables, arrive à former, dans les exsudats inflammatoires, loin des vaisseaux préexistants, des réseaux capillaires complets. Nous ne pouvons entrer dans les détails de ce mode de développement, qui a été surtout étudié par Cornil et Ranvier dans le grand épiploon des jeunes lapins.

2° La cellule géante est absolument semblable à certaines formes de myéloplaxes, malgré que l'on ait trouvé entre eux deux certaines différences, consistant dans l'arrangement des noyaux (sans ordre dans les myéloplaxes, périphériques dans la cellule géante) et la forme plus ou moins mousse des prolongements.

Mais ces restrictions ne peuvent pas présenter de valeur spécifique, et il faut les négliger.

La cellule géante est un produit de l'inflammation vulgaire. De là, il est logique de conclure que les myéloplaxes sont de même essence inflammatoire. (C'est d'ailleurs les conclusions de Bard et de son élève Désir de Fortuné (*Revue de chir.*, 1887, p. 786).

B) Substance intercellulaire. — Elle est abso-

lument identique; dans les productions inflammatoires, la plupart du temps, les cellules embryonnaires sont groupées à côté les unes des autres, sans charpente intercellulaire; mais à la périphérie, il existe des bandes de fibrilles qui séparent et alvéolisent les éléments arrondis.

C) Vaisseaux. — Nous avons déjà dit et nous répétons, que cette disposition lacunaire est aussi caractéristique des bourgeons charnus des tissus enflammés.

En résumé : ni le groupement, ni la forme des éléments constitutifs du sarcome ne présentent véritablement de valeur spécifique. On les rencontre tous dans des productions inflammatoires banales ou spécifiques; par conséquent, l'argument qui se fondrait sur la différence des éléments inflammatoires et sarcomateux, pour en faire deux classes distinctes, n'aurait pas de valeur.

III. — *Le sarcome n'est pas exclusivement une formation à tissu exclusivement embryonnaire, mais aussi une formation adulte, les variétés étant mélangées dans une même tumeur.*

Ceci est démontré par les examens auxquels nous nous sommes livrés avec le docteur Gaudier, et qui nous ont permis de constater que sur une même

pièce on pouvait assister au retour à l'état embryonnaire du tissu conjonctif adulte.

Type fusiforme.
Type arrondi. — Type muqueux.

Cette constatation nous permettrait de renverser la définition qui a été donnée du sarcome : que « *c'est une tumeur conjonctive, ayant pour caractère propre de ne jamais atteindre l'état adulte.* » Pour nous, le sarcome serait une *rétrogradation d'un type adulte à l'état embryonnaire.*

De plus, l'analogie qui existe entre le sarcome et l'inflammation pourrait nous faire déjà dire que le sarcome n'existe pas en *tant que tumeur, mais bien en tant que production d'origine inflammatoire,* ce qui est l'objet de notre première proposition.

IV. — *Existe-t-il dans le sarcome un élément parasitaire qui en serait la cause?*

Plusieurs faits militent en faveur du « *sarcome infectieux parasitaire* », mais, il faut bien l'avouer, comme pour la syphilis ou comme pour d'autres maladies, à marche et à évolution nettement infectieuses, nous ignorons ce que peut être cet agent infectieux parasitaire.

Parmi les variétés nombreuses de sarcome, il est trois cas où la nature infectieuse du mal est presque

hors de doute. Nous voulons parler du sarcome mélanique, du sarcome à *myéloplaxe* et de la sarcomatose généralisée.

Le *sarcome mélanique* est caractérisé par la présence d'un pigment mélanique. Cette variété a été décrite, pour la première fois, par Laennec, en 1806. Trousseau et Leblanc, plus récemment Cornil et Trasbot l'ont étudiée. Depuis, il a paru sur ce sujet un grand nombre de travaux et mémoires.

Le pigment *mélanique* se présente sous forme de granulations rondes ou anguleuses, parfois sous forme de petits blocs. Ce pigment siège soit dans les cellules, soit dans le strome conjonctif, soit dans les parois vasculaires, soit même entre les éléments, ainsi que l'ont constaté MM. Cornil et Ranvier.

On admet généralement, à l'heure actuelle, et surtout après les recherches de Pilliet, que le pigment mélanique ne serait autre que du pigment sanguin transformé.

Les tumeurs mélaniques se présentent sous des aspects microscopiques très divers. Tantôt elles sont complètement noires ; tantôt noires et blanches ou rosées, ce qui leur donne une apparence truffée. Dans quelques cas même il existe des kystes.

Les tumeurs mélaniques, toujours ou presque toujours multiples, sont des tumeurs superficielles, le plus souvent siégeant avec une fréquence particulière aux points exposés au traumatisme.

C'est une des raisons qui a fait penser à la *nature parasitaire du sarcome mélanique*. Le pigment mélanique ne se rencontre pas exclusivement dans les néoplasmes ; il peut se déposer aussi dans des tissus sains. C'est ce que l'on a appelé des *mélanômes sans tumeurs*, ou, avec Heurtaux, des *mélanômes simples infectieux*.

M. Bard, en 1885, a soutenu l'origine parasitaire du sarcome mélanique, et, différant sur ce point de Pilliet et de bien d'autres, il tend à considérer le pigment comme le parasite lui-même, par ce seul fait qu'il diffuse dans les zones envahissantes de la tumeur, bien au-delà de la tumeur elle-même.

Les sarcomes mélaniques ont, d'ailleurs, une marche véritablement infectieuse, une malignité toute spéciale. Ils se généralisent aussi plus facilement par la voie lymphatique.

Les *sarcomes à myéloplaxes* ont aussi une physionomie bien à part. Nous avons vu plus haut que certains auteurs, sur l'analogie presque absolue qui existe entre le myéloplaxe et la cellule géante, n'hésitent pas à faire de ces formes une production inflammatoire. Le sarcome à myéloplaxe présente d'ailleurs une marche spéciale. Il se généralise rarement, récidive très peu, souvent après l'ablation, et même, dans certains points de l'économie, ne récidive jamais. C'est le cas de ces sarcomes des gaines tendineuses de la main, décrit par Heur-

taux, en 1891, sous le nom de *myélomes* des gaines tendineuses. Ces tumeurs ne dépassent guère le volume d'une noix; elles laissent les mouvements libres et sont tout à fait bénignes.

La *sarcomatose cutanée* se présente avec une allure spéciale. Kaposi, et Perrin, dans sa thèse de 1856, l'ont étudiée d'une façon complète. Elle est constituée par la présence de petites tumeurs tantôt intra-dermiques, tantôt, plus souvent, sous-dermiques, pigmentés ou non. Elles affectionnent aussi comme siège les parties exposées, les extrémités, les pieds et les mains.

Dans certain cas, ces tumeurs restent localisées à un membre en se multipliant sur le trajet des lymphatiques en simulant absolument des lymphangites infectieuses. Hallopeau et Jeanselme ont signalé des cas de ce genre. Pringle, en 1889, a rapporté l'examen de deux pièces qui *contenaient des bacilles*. Ces tumeurs peuvent disparaître, mais elles entraînent souvent la mort et s'accompagnent ordinairement d'accidents fébriles.

La sarcomatose peut se diviser, du reste, en deux grandes classes :

1° La sarcomatose généralisée, primitive et secondaire ;

2° La sarcomatose localisée primitive, dont nous rapportons plus loin de curieux exemples au point de vue anatomo-pathologique.

Les sarcomes mélaniques, à myéloplaxes, et la sarcomatose constituent donc déjà, dans la classe des sarcomes, trois variétés, où l'allure parasitaire et inflammatoire est hors de doute, sans cependant qu'elle ait pu être démontrée officiellement.

Mais à côté de ces formes définies, il existe des formes qui ressemblent tellement aux produits qu'engendre la tuberculose et la syphilis, que même l'œil le plus exercé ne peut le reconnaître, et se trompe facilement. Quelques faits cliniques cités plus loin l'indiquent aisément.

On pourrait donc déjà décrire des sarcomes tuberculeux et des sarcomes syphiliques, comme l'a fait Delbet.

Il resterait alors une classe de tumeurs évoluant comme des sarcomes et qui, en somme, paraîtraient constituer à elles seules le groupe si vaste dont nous venons de retrancher, en les classant comme inflammatoires et parasitaires, tant de variétés.

Mais pour cette classe de sarcomes, on a aussi cherché à démontrer la nature infectieuse, et on s'est appuyé pour cela sur trois ordres de faits : la contagion, les greffes, la présence de germes pathogènes.

Nous passons rapidement sur les deux premiers faits, et cependant, Delotte a rapporté trois cas de sarcome qui se sont produits à Limoges dans le même quartier, et avec une allure presque épidémique.

Van Bambecke, en 1892, a communiqué à l'Aca-

démie de Belgique les tentatives de greffe de Firket. Cinq greffes faites sur cinq rats ont donné autant de résultats positifs. Clarke, en 1893, aurait coloré dans les sarcomes des psorospermies à l'état de sporulation.

Delbet, avec Cazin, ont cru, à un moment donné, avoir trouvé l'*agent pathogène du sarcome*. En examinant avec de forts grossissements du suc ou des fragments de sarcomes fraîchement extirpés, ils ont constaté la présence de petits corps très réfringents et extrêmement mobiles. Ces petits corps résistaient à l'action de l'éther et de l'alcool. Malgré cela, les auteurs pensent qu'ils ont eu affaire à des particules graisseuses très fines entourées d'une membrane albuminoïde, qui empêchaient les réactifs de les attaquer. *Les tentatives de culture ont d'ailleurs échoué.*

Le 21 novembre 1894, Moty a communiqué à la Société de chirurgie le résultat de recherches fort intéressantes. Sur 12 cas de sarcomes, il a trouvé onze fois, à l'état de pureté dans le sang, un *micrococque* de très petite taille. La description qu'il en donne rappelle assez bien celle des corps décrits par Cazin et par Delbet, dans les tumeurs elles-mêmes. Moty a réussi à le cultiver. Ce micrococque est anaérobie facultatif. *Les tentatives d'inoculation ont échoué.*

Nous rapportons plus loin les tentatives d'inoculation auxquelles nous nous sommes livré, en

même temps que les cultures du sang ou les examens anatomo-pathologiques.

En résumé, quoiqu'on n'ait pas démontré d'une manière certaine l'existence d'un parasite dans les tumeurs sarcomateuses, tout dans la forme et dans l'évolution de ces néoplasmes pousse à les faire rentrer dans le groupe si large des inflammations parasitaires infectieuses.

V. — *Quelques objections contre la nature inflammatoire du sarcome.*

Il est bien certain que la démonstration évidente des faits que nous avons signalés n'existant pas, les objections peuvent se donner carrière librement, non pas tant au point de vue de la structure anatomo-pathologique, qu'au point de vue de certains faits qui, jusqu'à présent, étaient considérés comme caractéristiques des tumeurs cancéreuses.

Et, tout d'abord, l'extension locale progressive ou *l'extension à distance* ou *généralisation*.

a) Extension locale. — Il faut distinguer ici deux formes très nettes, très tranchées, et qui, selon nous, seraient suffisantes pour éliminer le sarcome du cadre des tumeurs cancéreuses.

Dans les tumeurs cancéreuses proprement dites « *la croissance est excentrique*, c'est-à-dire qu'un carcinome, par exemple, envoie des prolongements

cellulaires dans les fentes lymphatiques des tissus voisins. Ces bourgeons rayonnent en tous sens, formant au néoplasme comme des racines adventices qui lui donnent une forme rameuse. Frappés de cette disposition, les anciens comparaient volontiers la tumeur et ses ramifications à un animal muni de pattes, une écrevisse ou un crabe, d'où le nom de cancer.

Les néoplasmes qui se développent ainsi *excentriquement*, au lieu d'être *encapsulés*, sont complètement *diffus*. Aucune limite précise ne les sépare de l'état ambiant, même à leur premier début. A mesure que le néoplasme grandit, il s'étend, envahissant les tissus de proche en proche. *Jamais dans les tumeurs sarcomateuses nous ne constatons cette marche excentrique.* Au contraire, la *croissance est centrale.* Le noyau primitif grandit progressivement en même temps qu'il refoule constamment les tissus environnants. Il se produit une sorte de tassement de ces tissus sans cesse refoulés, d'où résulte la production d'une *capsule* qui les enkyste, pour ainsi dire. Mais il se peut cependant que par le fait de la *distension*, cette capsule crève, se déchire et laisse ainsi filtrer une portion du néoplasme.

La croissance des sarcomes, toute différente des tumeurs cancéreuses, se rapproche, au contraire, de celle des lésions inflammatoires.

Rappelons brièvement la formation de l'abcès

chaud, enkysté, ou même de l'abcès froid qui n'en diffère que par ce fait que sa paroi, au lieu d'être *neutre* pour ainsi dire, par le seul fait qu'elle contient des bacilles pathogènes, devient spécifique, c'est-à-dire capable de reproduire une lésion déterminée. Dans l'abcès froid, il y a, pour ainsi dire, croissance centrale et excentrique.

Et, de plus en plus, je trouve que l'on peut assimiler à l'évolution d'une gomme celle de ces petites tumeurs sarcomateuses des membres, que l'on rencontre si fréquemment.

b) L'extension à distance est encore ce que l'on a appelé la *généralisation*.

Le sarcome se généralise-t-il ? Ainsi posée, cette question est insidieuse, et il faudrait tout au moins s'entendre ici sur le sens d'une *généralisation*.

Prenons un exemple banal : un cas d'infection puerpérale par exemple, avec lymphangites de toutes parts, foyers métastatiques dans tous les viscères, contenant l'élément infectieux, origine de tout le mal. Ne peut-on pas dire ici qu'il s'agit d'une généralisation d'une inflammation utérine ?

Si l'on prend alors le mot généralisation dans ce sens si étendu ; il est permis de l'appliquer au sarcome, surtout si on l'assimile, comme nous le faisons, à une inflammation d'un genre un peu spécial, il est vrai, mais enfin inflammation quand même.

Or, la généralisation peut se faire par la voie

sanguine ou la voie lymphatique. Le sarcome n'aime pas le lymphatique, et, à part quelques exceptions, il préfère la voie sanguine. Etant donnée la minceur des parois vasculaires, leur friabilité, la tendance hémorragique de certains sarcomes, il est évident que rien ne sera plus facile que l'entrainement par le courant sanguin de fragments imperceptibles, ou même des seuls *parasites inconnus* de l'affection, qui viennent sous forme d'embolies créer à distance des foyers secondaires typiques, absolument semblables à celui qui leur à donné naissance.

Cachexie. — Il en est de la *cachexie* comme de la *généralisation* du sarcome. Il y a des inflammations qui cachectisent : la syphilis, la tuberculose, toutes les suppurations. C'est qu'en effet, la cachexie est une résultante de modifications profondes ou passagères apportées dans l'organisme par une infection elle-même durable ou passagère.

Une affection parasitaire localisée ne donne pas lieu à de la cachexie.

Un sarcome localisé ne donne pas lieu à de la cachexie.

Une affection parasitaire généralisée, donne de la cachexie.

Un sarcome généralisé donne lieu à de la cachexie.

Et l'on ne peut trouver dans la cachexie sarcomateuse, un caractère pathognomique. Il n'y a

pas là, comme dans le cancer, de diminution du chiffre de l'urée; tout au plus un peu de diminution dans l'élimination des phosphates, comme dans les inflammations.

Les objections que l'on fait donc à la nature inflammatoire du sarcome, et basées sur la généralisation et la cachexie, ne me paraissent nullement probantes; mais, au contraire, ces deux faits : généralisation et cachexie cadrent parfaitement avec ce que l'on voit si souvent dans certaines inflammations graves.

VI. — *Comparaison entre l'évolution des productions inflammatoires et l'évolution des productions sarcomateuses.*

Une lésion inflammatoire, d'une manière générale, évolue dans deux sens, une fois qu'elle est formée.

a) Par la mort des éléments enflammés et retournés à l'état embryonnaire (nécrose, suppuration).

b) Par le retour à l'état adulte des éléments embryonnaires non mortifiés (période de réparation).

Dans le premier cas, la guérison se fait au moyen d'une masse de tissu un peu spécial, conjonctif, qui constitue la cicatrice. Dans le second cas, il peut y avoir guérison sans cicatrice, par retour *ad integrum* des tissus qui ont été enflammés.

Les sarcomes évoluent, eux aussi, dans deux sens différents.

a) Mort des éléments sarcomateux (même sans ulcération de la masse). *Suppuration* ou bien ulcération des téguments distendus ; ouverture de la masse sarcomateuse comme d'un abcès ; issue de bourgeons bientôt remplacés par d'autres qui partent du fond de la plaie. *Pas de tendance à la cicatrisation spontanée.*

b) Dégénérescence des éléments sarcomateux (graisseuse, calcaire). Les vaisseaux d'un sarcome peuvent s'oblitérer et, dès lors, il y aura production d'infarctus parfaitement distinctes de la masse sarcomateuse.

Une partie de la tumeur peut se transformer en kystes hématiques.

Dans le premier cas, il y a peu de tendance à la guérison spontanée ; de plus, à la suite de l'ouverture spontanée, il se produit des *surinfections* qui facilitent et encouragent la *généralisation.*

Dans le second cas, il peut y avoir guérison spontanée.

On voit quelle analogie existe entre une *lésion sarcomateuse* et une *inflammation tuberculeuse*, par exemple.

Il y a cependant une différence, qui consiste dans ce fait que dans les inflammations, le retour à l'état normal des tissus est possible, tandis que dans le sarcome cela n'existe pas.

VII. — *Unité dans l'évolution des lésions sarcomateuses et explications des formes principales.*

1er Stade. Inflammation modérée; cellule encore à l'état *adulte, fusiforme.*

2e Stade. L'inflammation continuant, cellule à l'état *embryonnaire, arrondie.*

3e Stade. Formation des cellules géantes (myéloplaxes).

4e Stade. Formation exagérée de vaisseaux lacunaires, *hémorragies* inter-sarcomateuses. Mélanose.

Ces faits, que l'on peut constater dans leurs successions sur les pièces sarcomateuses, expliquent bien, en somme, qu'il n'y a dans l'histoire des sarcomes qu'un processus inflammatoire qui peut s'arrêter à tel ou tel stade ou les parcourir tous plus ou moins rapidement. Il faudrait faire intervenir, pour expliquer cette succession de phénomènes, l'état de l'agent pathogène plus ou moins virulent. C'est ainsi que le staphylocoque atténué ne produit qu'une légère hypérémie; qu'à une période de virulence plus accentuée, il produit du pus, et que plus virulent encore, il fait de l'infection généralisée (ostéomyélite, par exemple).

Résumé des propositions précédentes.

L'anatomie pathologique, la pathogénie, quoique encore obscure, la clinique, tout nous invite à sortir du cadre des tumeurs proprement dites le sarcome, et à en faire une variété spéciale des productions inflammatoires.

Le sarcome est une production inflammatoire causée par un agent parasitaire, infectieux, encore inconnu, et qui peut évoluer soit localement, soit donner lieu à des accidents généraux dus à la généralisation du principe infectieux.

Essai de classifiation des inflammations sarcomateuses

A) Au point de vue anatomique :

1. Inflammation au 1er stade : sarcome fuso-cellulaire.
2. Inflammation au 2e stade : sarcome fuso-globo-cellulaire.
3. Inflammation au 3e stade : sarcome fuso-globo-cellulaire avec myéloplaxes.
4. Inflammation au 4e stade : sarcome à prédominance vasculaire : *télangiectasique, si les vaisseaux ne sont pas rompus ; mélanique, s'ils le sont.*

B) Au point de vue clinique :

1. Sarcome localisé	S. fuso-cellulaire. S. globo-cellulaire.
2. S. se généralisant plus facilement	S. à myéloplaxes. S. très vasculaire, mélanique.

C) Au point de vue pathogénique :

1. Sarcome à agent connu : sarcome tuberculeux.
2. S. à agent inconnu ou douteux
   - S. syphilitique.
   - S. à microcoque
     - de Moty
     - encapsulé de Pawlowski.
   - S. à microcoque pyogène (staphylocoque ?).

Il est bien entendu que cet essai de classification nous est absolument personnel, et que c'est seulement pour accentuer l'opinion d'origine inflammatoire du sarcome que nous l'émettons.

DEUXIÈME PARTIE

REFERENCES

Essai de démonstration anatomo-pathologique et expérimentale et clinique. — Examen anatomo-pathologique de pièces sarcomateuses.

I. — *Fragment provenant d'un sarcome de la peau (paroi thoracique). (Voir l'observation plus loin N° I (tumeur non ulcérée).*

Sur des coupes faites perpendiculairement à la surface de la peau, on reconnaît que le néoplasme s'est développé dans le tissu conjonctif sous-cutané. L'épiderme et le corps papillaire sont partout intacts. La tumeur comprend deux parties bien différentes : Une partie périphérique, qui se confond sans limite appréciable avec le tissu conjonctif graisseux de la région, et une partie centrale. Si on examine soigneusement les coupes, en allant de la superficie à la profondeur, on note ce qui suit :

Le tissu conjonctif normal, avec une vascularisa-

tion peut-être plus abondante qu'à l'état normal. Le tissu conjonctif se compose de longues fibrilles ondulées élégamment, avec, par places, des lobules graisseux. Si on se rapproche du centre, le tissu conjonctif n'a plus du tout le même aspect.

Il se fragmente, et, sur le trajet des fibres, l'on voit de nombreux noyaux colorés avec élection si on se sert de colorants au carmin (ici carmin borax). Cette fragmentation coïncide avec le gonflement de la fibrille, sa nucléation, ce que Bard appellerait la *fermentation* de la fibrille.

En descendant encore plus bas, l'on voit que les fibrilles fragmentées prennent la forme d'un fuseau, par suite du renflement central, et accolés, par le fait de leur gonflement, les uns à côté des autres, elles forment des bandes concentriques (Sarcome fuso-cellulaire. — Cellules fusiformes, multinucléolées.)

Entre ces cellules, de nombreux noyaux.

Presqu'au centre, la fibrille fusiforme et allongée, perd sa pointe aiguë et s'arrondie ; le protoplasma est granuleux ; de plus, la cellule, au lieu d'être régulièrement arrondie, est irrégulière, et elles s'accolent les unes aux autres par groupe de 3 ou 4, formant une masse dessinée capricieusement, dont les contours externes sont seuls bien visibles, ainsi que les noyaux. Cette forme rappelle absolument celles des cellules à myéloplaxes.

Enfin, tout à fait au centre, il n'y a plus que des cellules arrondies, tassées les unes contre les autres, avec de nombreux capillaires réduits à leur paroi.

Par conséquent, on peut distinguer :

Une couche de tissu conjonctif sain ;

Une bande de cellules fusiformes ;

Une rangée de cellules rondes et à myéloplaxes ;

Un centre formé de cellules rondes.

II. — *Sarcome de la peau de la cuisse, ulcéré (observation due à* M. Gaudier) — *Observation II.*

1° Examen d'un point de la tumeur au niveau de la peau non ulcérée.

Epiderme intact, corps papillaire un peu aplati.

Capsule conjonctive infiltrée de nombreux éléments fusiformes et arrondis, embryonnaires qui forment des bandes concentriques. Peu à peu, le tissu conjontif se fragmente, se fait de plus en plus rare, et au centre, il n'y a plus que des cellules arrondies, petites (type globo-cellulaire).

La plupart des éléments, ceux qui forment la plus grande partie du tissu et qu'on trouve dans toute son étendue, sont des cellules variables dans leurs dimensions et leurs formes, mais qui ont un caractère commun, c'est d'avoir un noyau ovalaire avec un nucléole apparent, en somme identiques avec les cellules fixes du tissu conjonctif.

La diapédèse est peu marquée. Les vaisseaux sont très abondants, principalement à la partie inférieure de la tumeur.

La recherche du bacille de la tuberculose a été faite sur les coupes, mais a donné un résultat négatif.

2° Examen d'un point ulcéré.

A ce niveau, la peau a complètement disparu, sauf en un point; on en voit l'épiderme très aminci et les papilles dirigées obliquement à ce niveau.

La tumeur tout entière est composée par un lacis de vaisseaux sanguins et de cellules arrondies.

Sur la périphérie, on retrouve les cellules fusiformes et du tissu conjonctif comme œdématié. Par ci par là, principalement du côté de la face ulcérée, il y a quelques grandes cellules groupées surtout autour des vaisseaux, multinucléées irrégulièrement. Ce sont des cellules géantes, à protoplasma granuleux, mais la recherche du bacille est infructueuse.

Réflexion. — L'aspect extérieur de la tumeur, la marche clinique, la structure, nous ont fait porter le diagnostic de sarcome fuso-globo-cellulaire à parties myéloplaxiques ou à cellules géantes. Nous donnons plus loin, les résultats de l'examen du sang et du liquide recueilli à la coupe.

III. — *Tumeur du doigt (médius), volume d'une noisette (due au* Dr Gaudier) *observation III.*

Consistance molle, surtout au centre.

Examen. — Peau intacte, sauf en un point, où l'épiderme est aminci et les papilles tassées et aplaties.

Capsule conjonctive ; la tumeur tout entière est formée de cellules fusiformes, sauf au centre, où il y a quelques éléments arrondis, peu de vaisseaux.

Diagnostic. — Sarcome fuso-cellulaire bénin ; (pas de récidive depuis quatre ans).

Nota. — Les stades les plus élevés comme type, c'est-à-dire se rapprochant le plus du type adulte, sont de tous les plus bénins. Ceci est connu et démontré depuis longtemps, et tient sans doute, comme nous l'avons déjà dit, à la présence de germes atténués.

Résumé des observations ayant fourni les pièces anatomo-pathologiques dont l'examen a été donné ci-dessus.

OBSERVATION I

Homme de 30 ans, portant, au niveau du sternum, en un point très poilu, une petite tumeur mobile du volume d'une noix. Cette tumeur existe depuis plus d'un an

et a grossi dans les derniers temps, à la suite de manipulations exercées sur elle.

Cet homme est fort sujet aux furoncles, et a eu plusieurs furoncles de la paroi thoracique.

Il a pris cette petite masse, étant donnée son siège, pour un furoncle.

Au début, le volume de la tumeur, son indolence, nous firent penser à un kyste sébacé.

Ablation au bistouri. Réunion par première intention.

Le diagnostic histologique nous a montré notre erreur d'interprétation.

OBSERVATION II

Jeune fille de 20 ans.

Tumeur siégeant à la face externe de la cuisse, au tiers supérieur, en forme de brioche; elle est ulcérée et très saignottante (plusieurs hémorragies considérables), peau périphérique violacée. Cette tumeur a débuté, il y a deux ans, à la suite d'une *piqûre d'épingle* (la malade est très explicite); accroissement assez rapide. Diagnostic : sarcome

Ablation par M. le Professeur Debierre; la tumeur est bien encapsulée, et n'adhère pas aux muscles. Guérison par première intention.

OBSERVATION III

Femme de 60 ans.

Petite tumeur au doigt (face dorsale).

Début il y a un an, à la suite d'une piqûre avec un morceau de bois.

Indolore, un peu fluctuante.

Ablation au bistouri, réunion par première intention.

Nous faisons remarquer que dans ces trois observations, et surtout dans les deux dernières, on peut invoquer l'existence antérieure de piqûres qui ont pu être la porte d'entrée d'agents infectieux spéciaux.

A) *Examen bactériologique du sang et du liquide provenant des tumeurs des observations I et II*

I. Sang. — Nous avons examiné le sang provenant de la tumeur en plongeant les lamelles séchées pendant une demi à deux minutes dans une solution filtrée préalablement et composée de :

Solution à 5 p. c. d'acide phénique...	0,6
Solution saturée de Nacl.....	30
Glycérine.....	30

L'hémoglobine est dissoute, mais les globules blancs ne sont pas déformés; on lave à l'eau; on colore avec le bleu de méthyle phéniqué ou avec la solution aqueuse de violet de méthyle à 1/2 p. c. On enlève ainsi tous les éléments qui peuvent être contenus dans le sang.

Nous n'avons, dans aucun cas, trouvé les micrococques décrits par Moty. Nous lui avons montré les préparations, et il n'y a rien vu de caractéristique.

II. Suc de la tumeur. — Ce suc renferme de nombreux éléments embryonnaires et surtout très

réfringents. Nous avons essayé, dans ces préparations, les colorations à la fuschine, qui réussissent si bien pour les psorospermies, et nous n'avons rien trouvé.

Par conséquent, malgré le soin avec lequel ont été faites ces observations, nous n'avons rien trouvé qui ressemblât à un micro-organisme. Mais l'on sait que l'on ignore également l'agent infectieux de certains types de maladies infectieuses, telles que la syphilis, par exemple.

B) *Examen du sang recueilli dans un petit kyste de la pièce I*

Il existait dans la pièce de l'observation I un petit kyste, qui a été ouvert avec soin et dont le liquide a été recueilli et examiné. Une goutte de ce liquide cultivée dans du bouillon a donné une belle culture de staphyloccocus albus.

Cette culture pure, injectée dans le tissu cellulaire d'un lapin, a produit chez lui une petite induration non suppurée qui s'est résorbée très rapidement (en 8 jours). L'examen de cette petite induration n'a pas été malheureusement fait, la pièce ayant été perdue.

Quelques faits cliniques montrant la difficulté du diagnostic qui peut exister entre un sarcome et une infection inflammatoire, principalement tuberculeuse ou syphilitique.

Cas de Routier. — *Tuberculose prise pour un sarcome.* — Enfant présentant une tumeur de l'extrémité inférieure du fémur, prise pour un ostéosarcome type. Ne voulant faire la désarticulation de la hanche qu'à bon escient, Routier enleva un morceau de la tumeur, dont l'examen fut confié à M. Cornil lui-même. M. Cornil porta le diagnostic histologique de *sarcome à myéloplaxes.* La désarticulation fut faite, l'enfant a parfaitement guéri et n'a jamais eu de récidive. M. Cornil ayant repris l'étude de la tumeur, conçut des doutes sur sa nature; et finalement constata qu'elle renfermait des *bacilles tuberculeux.*

Cas de Delbet. — *Sarcome pris pour un abcès froid.* — Tumeur de la région deltoïdienne prise pour un abcès froid. Il y avait une poche pleine de pus séreux, à parois très épaisses, d'*apparence tuberculeuse.* Quelque temps après survint une récidive. Une énorme tumeur se développa avec une extrême rapidité et ne tarda pas à s'ulcérer. Des végétations exubérantes montaient de l'ulcération. *C'était un sarcome,* qui entraîna la mort.

Cas de Cornil. — Tumeur du globe de l'œil qui avait débuté dans la choroïde, le corps ciliaire, puis avait envahi la sclérotique et la conjonctive. Elle s'était comportée et avait été *diagnostiquée comme sarcome*, et cependant c'était de la tuberculose.

Billroth. — Deux cas de tuberculose du cæcum pris pour du sarcome.

Bailly & Pillet. — Une pièce diagnostiquée histologiquement *sarcome*, puis réétudiée de nouveau et reconnue comme *tuberculose lymphoïde*.

Cas de Terrier. — Tumeur des côtes diagnostiquée *sarcome* par Malassez, enlevée après récidive, réexaminée et reconnue pour une *tuberculose fibreuse*.

Cas du Dr Gaudier. — Tumeur du cæcum chez une jeune fille à qui fut pratiquée une double salpyngectomie. Cette tumeur présentait toutes les apparences d'un *sarcome* et adhérait de toutes parts. Elle ne fut pas enlevée. Un an plus tard, la malade revenait avec des symptômes très nets de tuberculose pulmonaire. Il devait s'agir là probablement de *tuberculose du cæcum*.

Nicaise. — *Syphilis prise pour du sarcome.* — Tumeur de la région temporale qui avait les allures

du *sarcome* et qui a fondu sous l'influence de l'iodure de potassium.

Esmarch. — Plus de quarante observations de tumeurs prises pour du *sarcome*, opérées, récidivant, et finalement guéries par l'iodure de potassium.

Bon à imprimer :
Le Président de la Thèse,
H. FOLET.

Vu :
Le Doyen de la Faculté,
F. DE LAPERSONNE.

Vu et permis d'imprimer :
Lille, le 15 Avril 1896.
Le Recteur de l'Académie de Lille,
C. BAYET,
Correspondant de l'Institut.

Lille. Imp. Camille Robbe.